

入会申込書(賛助組織会員)

年 月 日

一般社団法人日本統合医療学会(IMJ)の理念に賛同し、入会を申し込みます。

代表者氏名

(印)

組 織 名		口数:	口
組織の概要・特徴			
代 表 者	氏名(カナ)	()	
	所属・役職		
	住所(連絡先)	(〒)	
	tel・fax	tel	fax
	e-mail		
	医療関係資格等		
連 絡 担 当 者	氏名(カナ)	()	
	所属・役職		
	住所(連絡先)	(〒)	
	tel・fax	tel	fax
	e-mail		
	医療関係資格等	会員登録	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
登 録 会 員	氏名(カナ)	()	
	所属・役職		
	住所(連絡先)	(〒)	
	tel・fax	tel	fax
	e-mail		
	医療関係資格等		
登 録 会 員	氏名(カナ)	()	
	所属・役職		
	住所(連絡先)	(〒)	
	tel・fax	tel	fax
	e-mail		
	医療関係資格等		
登 録 会 員	氏名(カナ)	()	
	所属・役職		
	住所(連絡先)	(〒)	
	tel・fax	tel	fax
	e-mail		
	医療関係資格等		

〔記入上のご注意〕 太線には必ずご記入下さい。代表者は大組織では事業部門の責任者などでも結構です。代表者は自動的に登録会員となります。連絡担当者が会員登録されるかどうかは、該当の□にレを記入下さい。会員登録可能人数は、代表者以外に、口数2口まで1名、5口まで2名、6口以上3名です。その他詳細は事務局へご照会願います。なお組織の概要資料を添付頂ければ幸いです。